

平时与战时的 医疗道德： 为更好地理解它而 设置的案例

维维恩·内桑森*著 / 徐建平**译

.....

摘要

医务人员在其实施的每一例临床治疗中都会面临决策上的道德困境。在武装冲突时期，决策可能不同，各种情况又引起了道德冲突。本文着眼于和平时期与武装冲突时期的道德冲突，分析了医生和其他医务人员面临的各种情况，还探讨了合乎道德的普遍性的决策框架以及在临床治疗和道德分析的过程中的交流的作用。

* 维维恩·内桑森于1978年在伦敦大学获得医师资格。她是英国医学协会职业行为部主任，负责公共卫生、人权、医疗道德、国际事务、医学教育和其他领域的事务。她写作和演讲涉及广泛，涵盖道德、人权和公共卫生领域，同时还为这些领域的著作和电子学习资源供稿。她目前是杜伦大学卫生学院的荣誉教授。她最近分别在两项公共调查中担任专家证人，一是对英国拘禁下的巴哈·穆萨 (Baha Mousa) 的死亡事件的调查，二是对发生在苏格兰的使用污染血液制剂事件的公共调查 (彭罗斯调查)。

** 徐建平，西安政治学院军事法学系讲师，法学博士。

关键字：道德困境、道德分析、决策、同意、保密、沟通、信任

全世界的医务工作者都遵循同样的道德准则和原则，制定它们的目的在于保护病人免受虐待和明确专业人士决策时应遵守的界限。整个社会，包括掌握权力的人士在内，更全面地了解这些规则的含义及其普适性，对于确保即便在最艰难的情况下遵守这些规则至关重要。

医生、护士和其他照顾病人的医疗专业人员以及组织提供医疗的人员在任何环境下的临床实践中都会面临道德困境。在过去的数百年中已出版了丰富的关于医疗道德的文献；20世纪后半叶以及21世纪初，关于这个主题的新资料尤为丰富。¹这类资料已日益上升为临床医生日常工作的参考，的确，对道德原则的解释已经与理论和实践紧密相连。这使得临床医生能够在临床框架内考虑这些原则、背景和案例，更加容易地转换这些概念并使其适于他或者她所面临的临床状况。

但是，这些资料都是基于正常情况下的临床治疗，或者提供治疗时不受武装冲突或其他暴力局势的威胁或挑战。在“正常”情况下，临床医生通常有时间停下来去思考提供治疗过程中一定要做的决定，也确实会听取其他医生的建议。在冲突局势中，这种反思的机会几乎总是受到更多限制。正是由于局势不稳定，可能还很危险，而且无疑也不同于日常实践，所以使反思变得更加困难，面临的挑战也会被冲突或骚乱轻微或实质性的扭曲。这种环境下的医生几乎没有机会就其关切的问题同时与其他医生展开讨论，也没有机会就所需的治疗方式进行商量。因此，让他们意识到道德原则并能辨别和分析他们所面临的道德挑战甚至更为重要。

许多医生第一次面临这些情况，想知道“正常的”道德规则是否适用。这些医生还可能遇到来自临床环境之外的其他人要求他们采取特别措施，而

1 British Medical Association (BMA), *Medical Ethics Today: the BMA's Handbook of Ethics and Law*, 3rd edition, BMJ Books, London, February 2012; J. R. Williams, *World Medical Association Medical Ethics Manual*, 2nd edition, WMA, Ferney-Voltaire, 2009; International Committee of the Red Cross (ICRC), *Health Care in Danger: the Responsibilities of Health-Care Personnel Working in Armed Conflicts and Other Emergencies*, ICRC, Geneva, 2012.

且不确定在这些情况下这些措施是否可以在道德上被接受。这些医生还担心自己和他人的安全——包括他们的家人、其他医务人员以及病人。

例如，在和平时期，对于获得病人详细信息的要求，医生通常有时间考虑这种要求是否合法或者是否确实属于保密权的例外。在发生武装冲突和严重骚乱时，其他因素可能会起作用。那些要求获得信息的人可能会说，为保证医务人员、医疗机构和更广泛之环境的安全，这些信息对他们至关重要。在这种情况下，病人的权利以及医生维护这些权利的义务在何处呢？如果医务人员被告知其可能对他人造成危险，在情感上他如何处理这种局面呢？

同样，当医务人员使用患者鉴别分类的概念时，尤其在爆发重大流行病期间或发生诸如多车相撞等造成大量人员伤亡的事件之后，在许多这样的情况中，他们通过认真配置资源能够为每位病人提供治疗。在冲突局势中，资源更有可能耗尽而且难以补充，使用患者鉴别分类的方法做出的决定更有可能成为实际上的生死决定。此外，在这种情形下，医务人员也更有可能会面临只能优先治疗一部分人的压力，这种压力还可能伴随着对医务人员、医疗机构和其他病人的威胁。如果保密可能让他人，包括医务人员自己在内面临严重的人身危险，他们还能在多大程度上做到这一点？

在武装冲突中，医务人员可能被病人的尖叫声弄得精疲力竭。虽然这种情况在其他紧急情况中也会发生，但很少会长时间或持续不断，而休息和恢复的机会则可能更有限。医生与其他医务人员疲劳的时候应该怎么办呢？或者当他们用尽了设施或药品时应该怎么办呢？抑或当他们遇到超出其临床医疗能力的病例时他们又该怎么办呢？

在其他时期，医务人员也会面临相应挑战。不幸的是，在某些国家，对医疗机构、医务人员及其病人的攻击很普遍。与全世界的医生进行的讨论已清楚表明，有组织的犯罪集团和心怀不满的家庭成员可能会攻击医疗专业人员，或者为了他们受到伤害的朋友、家人或其他人索取赔偿或者就是为了勒索钱财。在没有具体的冲突或一般骚乱但社会内部普遍将暴力视为犯罪的情况下，这些行为是犯罪活动。这种情况下，与当地社会领袖进行接触，提供合乎道德的理解与援助，就像在冲突局势中一样，也是必要的。

在所有这些情况下，如同在正常时期一样，医生可能得到其他人的帮助与支持，但也有可能得不到这种支持。医务人员在决策中可能或感到很孤

立。决策所需的坚实的道德框架有助于他们感受到支持，知道他们的决定会得到全世界同行的支持。

医务人员理解和运用道德原则的能力成为极有价值的工具。它有助于保证道德标准不会滑坡，并通过这种做法避免病人受到意想不到或欠考虑的利用。它有助于加强医务人员的职业精神以及医生与病人之间所必须的信任。而且，当不得不做出违反一般道德原则以保护他人生命的决策时，它也有所帮助。最重要的是，这种能力还构成医务人员与他人就对待医疗机构及其人员和病人的方式进行讨论和谈判的基础。

有人认为道德是紧急状况下毫不重要的奢侈品，必须反对这种想法；道德是保证医疗始终为一股向善力量的主要组成部分，它在人道框架内设计和实施，旨在保护弱势群体、病者和伤者的利益。

无论何时何地，只要实施医疗救护，就必须有一个详细描述医疗实施原则的道德框架。医疗救护施予所需之人，他们可能感到恐惧，他们的生命可能处于危险之中，他们几乎总是比提供救护的人更加脆弱。实施医疗救护的人员对受他们照顾的病人拥有不同层次的权力。实施医疗救护受到道德原则的约束，它限制提供救护之人员的自由，并提供一个道德框架，病人有望看到向其提供的医疗救护在此框架内实施。道德原则旨在保证各个层级的权力不会被滥用，保证医患双方都理解做出决策的依据。

平时和战时的医疗道德

一般定义：何谓医疗道德？

有许多定义用来解释我们通常理解的医疗道德的概念。人们最容易接受的概念是，医疗道德是适用于专业工作并为医务专业人员的决策自由设定边界的一套原则。我们也越来越多地看到医疗道德是医务专业人员与其所服务的社会之间的一种协议。这些边界并非由专业人员自己设定，而是通过与社会的谈判而确定，其中要考虑到社会传统、价值、法律、制度性的信任体系以及社会总体上表现出的担忧、希望和期待。在所有这些因素之下，是一套高度一致的价值导向原则。考虑到法律会定期的变化与发展及其对道德规

则产生的影响，某些道德的边界也在不断调整；总体而言，这种变化是细微的。在基本上由议会制定法律的国家，通常会进行一场热烈的多方对话，讨论如何让一部潜在的法律符合公众所接受的对医疗服务实践的限制。例如，若政府希望就信息管理和保密进行立法，医务专业人员就会要求政府保证新法不损害公认的规范，包括对病人/医生秘密的法律保护。

很明显，哲学学科也产生了重要影响，这种形式分析日益成为现代道德话语的一部分。历史上，道德规则随着时代的发展而出现。早期的医疗服务道德规则，如希波克拉底誓言或者迈蒙尼德祷辞，为医生列出了可接受行为和不可接受行为的清单。除了后来后续的翻译所带来的变化以外，这些清单数百年来始终如一。这些文本字里行间都隐含着道德与广义上哲学的联系，20世纪初关于道德的大量文献也采纳了相同的立场，列出行为清单和规则，但不描述这些限制背后的原因，也不争论是什么导致这些清单的出现。这些文本经常明确说，医生自然而然就会懂得什么是符合道德的权利。实践中，很少有医生能够充分分析医疗情势以揭示道德上的有关挑战，但他们经常会认识到在相对狭窄的医疗领域内边界在哪里。

不过，这些古代准则的力量相当强大，特别是希波克拉底誓言一直是围绕现代医学实践的有约束力的道德原则的描述。在许多医学院校（并非所有），宣誓是成为医生的必经程序。尽管有相当多的医生没有正式宣读这种或与之类似的誓言，但公众的认知是，所有医生都受该誓言的约束。更多的现代准则在很大程度上源于这些或与之类似的古代准则。世界医学协会(WMA)通过的《日内瓦宣言》²及其附属的《医疗道德国际规范》³是基础性的广泛准则，涵盖一切情况下的医务专业人员开展的工作。这些准则中没有一项独立于战时之外，或者在战时所起的作用有什么不同，或者暗示着道德原则和规则会随着情况的变化而发生改变。

在世界上大多数地区，对道德原则的主要描述都是“不伤害病人为首一要务”或者是“首先，不要伤害”。其他要素也都用各种不同的表达概括出

2 《日内瓦宣言》，于1948年9月通过，于2006年5月完成最新修订。

3 《医疗道德国际规范》，于1949年10月通过，于2006年10月完成最新修订。

来，例如“以病人为中心”或“以人为本”的医疗。同时，有关医疗实践的法律在很大程度上也都以支持病人的权利为基础。

道德分析经常要求评估病人的最大利益。如何评估最大利益或权益在文化上也是敏感的。西方社会倾向于使用严重偏向个人权利和自决权的概念。由于个人权利不再是唯一需要评估的权利，平衡产生了。社会（与其他个人）也拥有权利，而这些权利可能与个人权利发生冲突。在西方传统中，个人的最大利益要整体衡量，着眼于家庭中的人、工作场所、社会和文化环境。但是，那些最大利益或权益实际是什么，应取决于个人的观点和信仰，因为它们本身就是文化的宣示。现代大量工作涉及下列做法的重要性，即保证对最大利益的评估基于病人相信这对他是最好的选择，而非基于他人的判断，尤其是对因伤病而生命垂危之人是否“值得活下去”的评估。

世界上，每个国家的医生都在各种可能的环境中照顾病人。虽然情况相差悬殊，但普遍认为道德规则或义务是一致的。事实上，世界医学协会就表示战时和平时的医疗道德毫无二致。⁴人们也经常问及法律与道德的平衡问题。世界医学协会再次采用了相当简单的方法，即道德胜过法律，意思是当法律与道德发生冲突时，医生应该遵守道德规范。

现实远不是这么简单。虽然道德原则能够而且确实保持了一贯性，但其在本质上只是关于临床实践所需之决定的框架。这些决定本身受到临床实践环境的显著影响并与之相关。通过对医生做出决定时所处的临床情况进行分析，就可以清楚地看到这一点。在每个案例中，医生和其他考虑道德问题的人会利用分析来思考各种相关因素。不同的职责、价值或原则之间经常会发生冲突。只有通过全局分析，包括案例和冲突局势的具体情况，才能找到最佳答案。

在发生武装冲突时，由于战争的具体威胁和情况的存在，这些决定之间会有所不同。关键是，医生必须做出的决策与平时相比有时有很大的不同。但在其他场合，决定是一致的而且冲突的情况对决策毫无影响。任何情况下，医生都必须决定首先治疗哪位病人。当病人数量超过训练有素的医务专

⁴ 《世界医学协会武装冲突时期与其他暴力情势下规则》，制定于1956年，最新修改于2012年。

业人员的数量或资源短缺时，这种决定就尤其可能产生。这种困境可能影响到面对交通事故中多名伤者的急诊室医生，它也可能以同样的方式影响到处置武装冲突中路边炸弹爆炸所造成的多名伤员的医生。即便在冲突局势中更为常见，但情况是相当类似的。

历史上，医疗领域的大量道德讨论都被冠以“医疗道德”这个标题。这意味着这种道德只适用于医生，也有人将“医疗道德”解读为隐含着其他规则可能适用于其他医务专业人员。现代语境倾向于使用“医疗服务道德”这样的标题，意味着必然适用于所有医务专业人员。实践中，这两个标题涵盖所有的医务专业人员。一些讨论中有时会看到区别，而这些区别经常反映出医务专业人员承担的不同职责，进而产生影响分析的不同视角。

平时与战时相同的一般道德原则

战时和平时的道德是相同的，这样的说法并不意味着医生所作的决定也会一致。他们面临的困境经常不同，但作出决定时适用的一般原则是相同的。

实质上，这些原则旨在尊重当前成为病人的个人的权利，保证他们能够控制有关他们的决定和所接受的治疗。虽然历史上许多原则与医疗实践中的行为规范相关，但道德也越来越多地着眼于复杂且高风险的医疗程序或公共卫生方面的决策。

在现代冲突环境中，特别是当发达国家的武装部队在场时，医疗能力很强，即使非常严重的创伤也可能得到治疗。随着挽救生命的能力日益增强，挽救的顺序变得重要起来。虽然经常见到的创伤和受伤群体的性质可能与平时非常不同，但决定的作出与平时无异。在平时的医疗实践中，性别之间可能更加平衡，受伤人员的年龄分布也更为广泛。在武装冲突期间，伤员中很大比例是武装部队成员，因此多是年轻和以前很健康的人。严重受伤对他们及其未来生活选择所产生的影响可能不同于其他群体的伤员。他们相对年轻且以前很健康的事实使他们更有可能从可怕的创伤中存活下来。充分考虑过他们经历过的可怕创伤所带来的心理后果吗？虽然这不是医务人员最初采取紧急治疗措施时首先考虑的问题，但他们在设法保证心理支持的重要性方面的作用无疑很容易理解。

冲突局势中发生的而其他局势中见不到的情况是，如果环境危及医务人员及其病人，持续提供医疗服务就难以维持，医院、急诊中心、医务室或其他设施就必须关闭。诸如红十字国际委员会与无国界医生等医疗服务提供者就曾面临这种局势：其工作人员受到真正的威胁，包括绑架、伤害和死亡，对于机构来说，继续让其工作人员面临危险是不可接受的。如果对医务人员进行攻击，那么他们的非医生同事和病人毫无疑问也处于危险之中，这就形成了复合型的威胁。

公正

公正是平时和战时医疗实践所遵循的一项基本原则。就医疗道德而言，这意味着医务人员应基于需要来治疗病人，而非基于种族、宗教、性别、年龄或其他可能导致不公正歧视的因素。它还与医疗中立相互重叠，后者指医务人员不应卷入其工作地的政治派别和与冲突相关的问题。如果在任何情况下都不会妨碍其临床职责，医生和其他医务人员当然可以像其他公民一样自由参加政治活动。

虽然战时和平时遵循同一理念，但实际情况是医务人员在战时更可能面临对其中立性的现实挑战。军医面对着两名需要紧急救治的伤员——一人穿着己方部队制服，另一人身着敌军军服——这时他可能难以摆脱忠于己方伤员情绪的影响。但是医生在平时面对交通事故中的两名伤员时也可能处于同样的困境：一人可能是朋友、邻居或家人，而另一人则是肇事者。在后边这种情况下医生的中立性同样不可避免地会受到威胁。

道德规则清晰而简单。应根据需要提供医疗，最需要的应先予治疗。这就是战时和平时都应遵守的伤员分类治疗的依据。

使决策适应武装冲突环境

道德的教学基于对分析机制的理解并运用该机制（存在许多相互竞争的机制）审查即将做出的决定。不存在一个机制优于其他机制的情况；每种机制都有其优缺点以及支持者和反对者。重要的是个人能够利用一种机制来分析问题。当出现不同情况时，他或她于当时能拆解临床情况，识别出道德上

的冲突并加以分析，并设法找到最佳解决方案。答案通常没有对错之分，但解决方案大体上要严格遵循一般的道德原则。

正如前文举例所示，武装冲突中问题的性质可能多种多样。但一般而言，与其他时期相比，某些差异可能在武装冲突期间更为常见。

医务人员因忠于一项事业、一个群体或一种意识形态而完全有可能陷入个人纠结，但这很少会妨碍他们在和平时期的医疗实践。在任何道德决定中，剥离个人信仰和偏见都是至关重要的；冲突中当那些信仰很可能包括看到那些与自己拥有同样的忠诚对象或意识形态的人面临重伤或死亡危险时，保持中立要困难得多。但没有中立，就不可能完特定的任务，如对伤病员进行分类治疗；也不可能公正评估诸如披露病人数据等请求的合理性。

坚实的道德基础、对道德主责和原则的理解与通晓，能够帮助面临压力的医务人员保持视野和分析上必要的清晰性。

虽如上文所述，平时与战时的道德本质上是相同的，但压力是不同的。在和平时期，未治疗某个特定的个人很少会危及医务人员的生命；但在发生武装冲突时，这种情况很可能会发生。但是，和平时期也会像战时一样出现医务人员因履行职责而陷入危险的情况。进入自然灾害现场实施救援的医务人员，例如进入坍塌的建筑物，其所冒危险与医疗机构受到轰击但仍坚持提供治疗的医务人员所冒危险无异，但是，正如战时那样，我们不希望前者忽视自身安危。和平时期的医生有望听从建议，例如进入坍塌建筑物的风险水平高低，不要冒重大风险。虽然医务人员应该承担某些风险——例如，治疗患传染病的人员会将医务人员置于某些危险之中——但也希望他们采取措施将这种风险降至最低（就传染病而言，可使用隔离看护方法、疫苗等）。

道德规则如何制定？

历史上，道德规则随着时代的发展而出现。早期的医疗服务道德规则，例如希波克拉底誓言或迈蒙尼德祷辞，为医生列出可接受和不可接受行为的清单。现代准则大多源于此。

在过去的30年中，有关道德的辩论很普遍，但医生们努力保持道德规则和规范沿着医学引领的路径发展。这种局面逐渐被打破，因为医生们认识

到，鉴于道德准则的性质是医生与其所服务的社会达成的协议，因而让其他人参与制定这类准则毫无裨益。

应当参与的那些人可以各种方式加以归类。简单来说就是由八个“P”组成。第一个“P”是指必然要参与的医疗行业 (Profession)。医生必须做出贡献；因为他们最了解相关治疗或诊断，必须确保道德原则适合于正常的临床实践。第二个“P”是指执业医师 (Practitioners)，他们也应参与。所有医务专业人员都应受相同道德原则的约束，尤其是那些合作救治病人的人员。医生、护士和其他医务专业人员对临床流程从稍微不同的视角出发会有不同的看法，这有助于确保分析的全面性。第三个“P”是指病人 (Patients)，他们或其代表也应参与，应考虑他们的看法。第四个“P”是指公众 (Public)，涉及广泛的群体，包括非病人、潜在病人和家庭护理。虽然世界上绝大多数国家都不是神权国家，但第五个“P”——神父 (Priests) 或其他宗教领袖也可加入辩论，带来由主要信仰和约束所引入的观点。宗教观点的重要性在不同文化之间也各不相同，但对主要宗教团体如何看待医疗道德困境的理解应成为辩论的重要组成部分。由于辩论的某些领域会触及法律与道德的结合点，所以立法者和法律“管理者”也成为相关的对话者。一般而言，这意味着不仅第六个“P”——议员 (Parliamentarians) 会参与，而且还包括其他政策制定者；那些负责立法提案工作的人是尤其重要的参与者。在所有这些参与者中，公众以各种面貌出现。他们最经常的是依靠媒体故事来介入，这使得第七个“P”——媒体 (Press) 成为又一个参与者。最后一个“P”代表一种过程 (Process)；伙伴关系是最佳医疗实践所追求的目标。良好道德意味着医务专业人员与病人之间平等的伙伴关系；道德的考虑过程必须指向这一目标。

在病人——医生的交互处，这些不同的个人或群体不会被看到或听到，但医生，包括在冲突局势中提供医疗的医生，应考虑自己如何推动道德思考的发展。例如，在冲突中工作过的医生经常向杂志投稿，基于他们在冲突中的经验思考有关创伤的外科手术方法。他们同样也应考虑如何向杂志投稿探讨医疗或医疗服务道德的问题。

法律上的思考

虽然法律不同于道德，但两者都建立起一套限制医务人员和其他人自由采取行动的原则。

国家法律的数量逐年增加。许多法律由政府起草以执行各种政策。这些法律包括对医疗实践产生严重影响的领域，例如数据的保密和管理或者可表达同意的年龄。但法律的其他领域可能不会对医疗实践产生直接而鲜明的影响。

虽然医生承认法律的重要性，但普遍的看法认为道德“胜于”法律。医生对此的解释是法律可能允许医生做道德上不可接受的行为，而且作为医疗专业人员，道德对他们来说是更重要的监督原则。

在许多国家，这会导致制定法与医疗监督机构制定的规章之间发生矛盾，而后者可能本身仅具有准法律的性质。虽然医生可突破医疗监督机构设定的限制而不违法，但他可能会发现他的职业生涯因其医疗注册（授予医生执业许可）的注销或其他严重的惩罚而终结。

通常，如果医生们集体注意到某部法律要求他们违反道德标准，他们就会发起修改该法律的运动。这是医学协会的医生集体组织的任务。医学协会在全球发挥的主要作用是代表医生提出倡议，包括提倡保证医生能够根据道德和法律开展工作。

除了制定法外，新出现的判例法和普通法，包括法庭判决，也设定了限制。许多国家的晚近案例都与医疗同意有关，⁵特别在决定结束生命的方面。每个国家也都制定了个人数据保密法。虽然全世界都遵循同样的道德原则，这些法律之间却差异巨大。因此，虽然在某些国家，法律可能允许在经过或不经病人同意的情况下分享其数据，但在其他国家这种行为则是被禁止的。

涉及人权的决定也在不断增加。许多国家制定了涉及该国公民人权的国内法，并遵守国际和区域司法或准司法机构的判决。更具体地说，有关“健康权”的判例法和文献不断增多。虽然这并非一项获得医疗服务的绝对

5 与医疗同意相关的案例，见英国医学协会中的参考资料，前注1，特别是第2章、第3章和第4章。

权利，但“每个人都有权享有能够达到的、有益于体面生活的最高标准的健康”⁶这项不可克减的权利鼓励国家在获得医疗服务方面采用非歧视的方法。

在发生武装冲突时，国际人道法也发挥作用。这一法律体系由条约规则（主要指1949年四个《日内瓦公约》及其两个《附加议定书》）和对所有国家均有约束力的习惯规则组成。国际人道法包含大量与提供医疗服务有关的规则，还涉及对医务人员、医疗队和医务运输工具的保护。⁷

在许多方面道德规则已经取得类似习惯法的地位。全世界的医生对某些标准的接受使这些规则具有国际地位，因此它们对所有医生都有约束力，不论医生个人是否已宣誓予以遵守。

武装冲突和暴乱局势中的具体道德挑战

伤员分类治疗法

伤员分类治疗法是按照对病人的分类确定治疗先后顺序的过程。其典型应用于大量伤员涌入导致医疗服务紧张の場合，旨在保证有效地解决医疗需求。

在平时的实践中（以及不断增多的战时在设施完善的军队野战医院提供的处所中的实践），伤员分类治疗法可辨别出亟需立即抢救生命的人员、情况相对稳定的人员和需要有效急救的人员。这可能包括辨别出那些不论如何治疗都很可能死亡的人员。这些病人可能得不到为保住生命而进行的主动治疗，但他们总应受到照顾，包括控制疼痛。在更为典型的冲突局势中，这种方法的变化在于要辨别出并优先治疗那些需要急救的人员以便让他们适于立即返回参加实际战斗。在那些需求不迫切的人得到治疗从而使他们能重返实

6 See Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), adopted on 11 August 2000, E/C.12/2000/4, para. 1 (emphasis added).

7 关于尊重和保护医疗服务的国际人道法和人权法规则的综述，见ICRC, ‘Respecting and protecting health care in armed conflicts and in situations not covered by international humanitarian law’, Legal Fact Sheet, 31 March 2012, available at: www.icrc.org/eng/resources/documents/legal-fact-sheet/health-care-law-factsheet-2012-03.htm (last visited November 2012).

际岗位时，这可能就意味着会耽误那些亟需挽救生命的人获得治疗。现代许多军队否认这种情况会在当今发生，但实践中，大多数军医都承认存在军情紧急的时刻，这时让士兵们返回作战前线至关重要，尤其是因为这样做可保护医院和治疗中心，进而有助于挽救其他伤员。

军队医务人员制定的伤员分类治疗制度也是非军事状态（尤其是紧急状态）下所使用制度的基础。这一概念再次要求辨别出治疗已无价值的人员（一个越来越罕见的概念）、需要立即治疗的人员、不久后需要重大医疗干预的人员以及只需基本急救的人员。

道德概念要求最需要救助的人应首先得到治疗。辨别需求本身是既耗时又耗费资源的活动，这一点我们很容易理解。伤员分类治疗制度考虑到这一点，因此通常安排最有经验的临床医生作为分类治疗工作的领导者，他负责对到来的伤员进行评估和分类。这极大提高了工作效率并强化了需求决定优先次序的理念。

不在必然死亡的伤员身上消耗资源的决定也是符合道德原则的；即使在和平时期或在发达国家，资源也总是有限的。如果资源的利用不能为病人带来益处，就是一种对可能得益于该资源的病人的潜在拒绝。同样，它也将无法得到益处的病人置于危险之中；因为治疗本身可能令人不舒服，损害他们的尊严或者给他们带来其他伤害。

虽然道德原则在所有情况下确实都是完全一样的，但战时最大的差别就在于资源；在没有武装冲突时，一个资源丰富的国家很少会遇到这样的情况，那么多人在同一时间争相要求获得治疗，以致一个人获得治疗就意味着另一个人被拒绝。因此，伤员分类治疗的实际情况更多的是将病人分类，由不同类型的医务人员进行不同程度的诊治。在武装冲突局势中，对医务人员来说，面对更多不能简单处理的急救病人的情况极为平常；因此，分类治疗法就决定了生死。

在不同文化环境中工作的医生面临的挑战

法律，包括个人权利，在各国之间甚至在一国内部都有所不同。法律基于带有国家和文化特性的权利和义务以及对国际法的转化。法律与道德交

汇之处，经常有不同于国际标准的地方差异。在冲突地区工作的医生可能来自这样的国家，在那里人权受到广泛尊重，自主性是绝大多数医疗决策的基础，男女受到平等对待。但他们可能发现自己身处这样一种文化之中（以及治疗来自该文化的病人），在那里由当地领导人或家族领袖做决定，而妇女没有充分的自主权。

一直被培训去理解病人有权对其自身健康作出所有决定的医生会发现很难在这样的文化中工作，在这里决定权归民间首领或者诸如妇女的丈夫或父亲。道德实践要求病人同意，但是当地法律和习俗可能要求其他人同意。

医生不应以令病人震惊或其他令病人不安的方式行事，这一点显然很重要，尤其是因为医生和患者之间的信任关系至关重要。关于同意的问题（也见下文），可通过与病人以及有关文化中适当的替代决策者协商而轻松解决。

忽视不同的文化习俗会影响信任。例如，在某些社会中，人们普遍不接受由男性医务工作者为女性实施治疗，或者只有得到诸如丈夫的明确许可后这种治疗方可被接受。许多西方社会没有这种文化习俗，医务人员根据以需求为基础的排序制度来治疗所有病人。根据这种文化习俗做出调整在道德上是可以接受的，而且由于其表现出对当地文化传统的尊重，这很可能会增强信任。

如果当地习俗要求医务工作者做出道德上不可接受的事情就更加有问题。女性割礼（也称为锁阴术或女性外阴革除）在北非的部分地区很普遍。但在许多国家（如在欧洲），这为法律所禁止而且根据世界医学协会和国际妇产科联盟的建议，这在道德上是不可接受的。但是，当为饱受战乱的北非地区的人们提供医疗服务时，在当地工作的外籍医务人员可能被请求实施女性割礼，因为运用清洁的医疗工具和娴熟的技术实施这种手术要“好于”由当地村落首领在没有抗菌剂、大出血治疗措施或其他必要医疗资源的情况下实施。有些人也会说这有助于建立信任，即来此的外籍医务人员尊重当地传统，但这里的道德问题很清楚：这种实践在医学上不被接受，不仅危险且带来伤害，而且对接受手术的女孩没有任何益处（还有其他因素，如病人通常是孩子而且没有参与作出决定的权利）。医务人员在此发挥的作用是尝试教

导民众停止这种实践，尤其要讲解停止这种实践的医学原因。讨论也应强调不伤害任何人的价值观，这在许多国家的传统中都得到珍视。

对于性暴力的态度多种多样；在许多文化中，人们甚至不能讨论这些问题。报告这些事件的人可能不会得到同情，甚至生命还可能会受到威胁。大量国内法所承认的标准并不统一，如包括婚内强奸在内的强奸的定义。受到伤害并需要医疗支持的人在他们所处的社区中得不到任何帮助；医务专业人员可能陷入相当困难的窘境。他们的作用是尽力为受害者提供治疗，而且他们需要认识到产生这一问题的文化背景，不致无意中将病人置于危险境地。对这种侵犯表现出愤怒很常见，但医生应保证在离开这种环境之前控制这种愤怒，并在不危及其病人或同事的前提下进行适度倡议。

医疗官员在被派遣前应请求获取他们可能遇到的关于当地文化习俗的资料，并请求接受相关培训。部署前的讨论可以使他们更加容易且一致地应对这些挑战。

资源匮乏与将病人送回资源匮乏地区

影响提供医疗服务的主要道德制约是资源的短缺。这些资源由下列部分组成：包括医生在内训练有素的人员，包括手术室、药品、服装、医院床位以及麻醉机等必要设备在内的物质资源。伤员分类治疗的概念用于以需求为基础的资源分配。

在发生武装冲突时，尤其在不对称战争中，军医可能会发现自己在照顾敌军的伤员，而且知道这些病人返家之后得到的后续治疗可能远远落后于军医所在部队给予的治疗。这种差距可能就关系到生死；例如，可能没有透析或类似的维持生命的治疗，或者说这种差距还关系到伤后恢复治疗，包括物理疗法和假肢供应。

对重伤员进行抢救的医生不太可能会考虑进行后续治疗所需的方案，但如有可能，他们应修正治疗计划从而把这些因素考虑进去。换言之，当选择治疗方案时，医生应牢记这种治疗带来的结果以及它给病人造成的长期需求。

同意

在世界发达地区，尤其在欧洲、美洲和“澳大拉西亚”，任何治疗都必须经病人或当地法律所允许的适当的替代决定人真实有效的同意方可进行，这是治疗的基石。但并非所有社会都如此尊重同意原则。病人可能习惯于他人为其做决定，或者习惯于家长式的医务专业人员告诉他们要做什么治疗。帮助病人理解为什么要征求其同意以及他们的决定怎样和为什么要被尊重，若这些在文化上让人感到吃惊，则会遇到挑战。

还有这样的情况，例如，病人因当时受伤严重而无法表达同意。在这种情况下，可以继续治疗以维持病人的生命，但一旦病人恢复了参与决定的能力，他或她就应被告知已经为其做了什么治疗，并且其应有机会对未来的治疗做出决定。许多送到冲突地区战地医院的病人已经得到某些急救，可能包括注射了诸如麻醉剂等强力镇痛剂。由于接受了这种治疗以及的确受到外伤惊吓，一些病人已意识模糊，行为能力也可能暂时丧失。而随着治疗的继续，应让病人尽可能地参与到决策中来。

如果语言成为表达同意的主要障碍，就应尝试找到翻译或用其他方式进行交流。若出现寻找翻译所耽误的时间可能会危及病人生命的情况，就应先进进行治疗，但对一些行为能力受限的病人，只要有可能，就应尝试向其说明已经完成的治疗以及为什么要做这种治疗。

也有些病人的决定得不到医生的同意。但根本的一点在于，若病人有能力，他就有权拒绝治疗，甚至是维持生命的治疗。病人不同意医生建议的事实不会使其被认为缺乏决定的行为能力，也不能成为据此对其进行分类的借口。在非冲突地区的医疗实践中，若遇到这种情况，应尝试找到他们拒绝治疗的原因。是害怕吗？是因为对医生或医疗系统不信任，抑或是某些其他原因使他们需要更多的时间和帮助来理解和信任医生提出的建议？

工作在医疗各个领域的医生和其他医务专业人员认为拒绝挽救生命的治疗对他们来说是道德上和精神上的最大挑战。遇到挑战的事实并不意味着可以放弃核心的道德价值，也不意味着医生应立即在尝试帮助病人的过程中停下来，相反，医生应继续尝试着帮助病人并温和地说服病人允许给其以更多这样的帮助。至少，医生应摸索什么是病人可以接受的，这样就可以为他提供帮助。

医生不应受到包括病人在内的任何人的强迫，以提供某种在他们看来不合适或者损害病人利益的治疗。一般的道德文本中给出的例子是患有腹痛的病人不能要求医生切掉他的大脚趾。这样的治疗显然不会帮到病人，提供这样的治疗也是不道德的；这样的规则也适用于冲突局势。

虽然同意是一种伴随着信息提供和问题探讨的过程，但最终经常要形成病人签署的同意书。这样做的目的是，这种同意书表示病人理解医生提供的信息，包括他们拒绝建议治疗的权利，并同意将要实施的具体治疗方案。在冲突局势中，伤员很可能来自说不同语言的各种群体，医院应该备有用这些语言制作的同意书或者至少在病人签署前应进行翻译。以其他当地通用语言制作医疗语言卡对于医生和患者之间就未来治疗达成协议的过程是极有价值的帮助。鉴于会频繁遇到来自当地各个文化地区的功能性文盲，医生应能够在不借助同意书上文字的情况下完成这一程序。

在冲突地区也会出现像和平时期发生的情况，例如被送去就医的病人因伤病的性质无法表达同意。在这种情况下，应给予生命维持性治疗。医务人员应确保这是“主流”医疗方式——即其他医生在这种情况下也会提供这样的治疗——还应尽快告诉病人已经实施的治疗。

至于媒体介入，同意也很重要。冲突的某些领域被政客和其他公众人物用作舆论宣传的工具。在某些情况下，这些名人可能寻求拍摄或录制下其象征性地擦拭伤病员额头的场景。虽然某些病人可能喜欢与名人相见，但大多数人并不欢迎，尤其在他们遭受痛苦的时候。即使名人不在场，媒体对病人的拍摄也必须征得病人的自由同意。从来不应假定病者和伤者会欢迎这种在多数人看来是介入其私人事务的活动。

双重义务

在某些职责上，医生发现其既有对雇主的责任，也有对病人的责任。一般情况下，对病人的责任优先，但关键是医生应认识到这两种责任存在潜在的冲突。当地指挥官可能向军医询问其部队成员的健康问题。医生对病人的病情负有保密的义务，但他本人也是武装部队的成员，有责任确保不因保密而将部队置于危险境地。医生还承担着将部队健康状况告知高级军官的法律

义务。实践中，向指挥官报告某个具体的人是否会因健康问题而妨碍部队履行职责，而不报告具体是什么健康问题，通过这种方式可以理解并处置这种冲突。医生询问病人/士兵是否同意把他的资料交给指挥官是完全合法的，但该人有拒绝的权利，除非法律上存在明确的告知义务。

不同的立法机关对待保密和士兵权利的方式是不同的；在某些情况下，士兵可能已放弃了保密的权利。医生需要知道适用于这种情形的当地法律。虽然在道德上很清楚——存在保密的义务——但这可能被法律推翻。

对雇主的义务不能僭越法律和道德。雇主不能要求医生违反法律——例如，共同实施或忽视践踏人权的行爲——或者违反道德义务，如须经病人同意方可治疗以及保人秘密。

虽然包括军方在内的冲突地区医务人员的雇主可以要求其雇员违反有关保密、中立、不歧视或其他方面的道德标准，但是被要求并不意味着必须遵从，道德标准还应予以遵守。例如，当伤员或现场病人的数量超出了对每个人都立即进行治疗的能力时，若医务人员被要求先给己方部队成员治疗，他就必须指出应根据需求实施治疗，而伤员分类治疗法就反映了这一点。至于其他道德困境，应在危机到来之前讨论这种压力，使试图影响医疗服务决定的雇主或其他人认识到要遵守的道德原则。

在许多国家的武装部队中都有良好惯例。在英国部队中，国防医务部主任(武装部队三军最高医务官)明确表示，关心道德问题的医生应向当地的战地指挥官提出这个问题，但如果是战地指挥官行事不当，该医生就应通过医疗指挥链提出这个问题。⁸

保密

医疗保密是一个难以理解的概念。在任何国家它都不是一项绝对的权利，却是一项重要的权利；也就是说，医生为了诊断和提出医疗建议的目的获得了病人敏感且高度隐私的信息。将这种信息用于它途必须经过病人的同意。事实上，即使与其他医务人员分享也应慎重，而且只能在对治疗病人至

⁸ Ministry of Defence, *Medical Support to Persons Detained by UK Forces Whilst on Operations*, Joint Service Publication 950, leaflet 1-3-4, March 2011.

关重要的情况下进行。这意味着医生应考虑医务人员出于工作需要知道什么内容，而非向其提供完整的记录。

当然，保密也有例外。这主要发生在病人同意、法律要求以及存在强制性的公共利益理由的情况下。

为了本文的目的，可以假设根据良好惯例通过了法律且法律未预料到违反保密的情况，而医生对违反保密普遍感到不可接受或不适当。如果这种不可接受的法律现行有效，那么医务人员的职责就是发起撤销这一法律的运动。

需要在个案的基础上考虑基于公共利益的披露问题。英国医学协会在给英国军医的建议中指出，他们应：

- 考虑信息披露带来的利益与违反病人保密规则造成的伤害之间的平衡；
- 评估需要信息披露的紧急程度；
- 考虑病人是否被说服愿意主动披露；
- 在披露前通知病人并寻求其同意，除非这样做会增加伤害风险或妨害披露的原因；
- 记录为寻求或获得同意而采取的步骤，记录未经同意而进行披露的原因；
- 只披露为实现目的所必需的最少信息；
- 能够证明信息披露的合法性；
- 记录信息披露的范围和理由。⁹

在平时的实践中，如果因病情而不能安全驾驶的病人拒绝停止开车或者自己不向驾驶执照颁发机构报告，医生就可能向该发照机构披露该病人因病情而不能安全驾驶但仍然继续开车的情况。病人这种对自身和他人造成伤害的风险使违反保密的做法变得合理，但这种违反是特殊的而且有限的。在军事实践中，如果一名士兵表达出自杀或杀人的想法，医生向指挥官披露这一情况是正确的。在这种情况下，医生可以限制披露信息的方式，如对该人表示担忧并建议在近期将其调离可接触到武器的岗位或者在医学上“降低”该士兵的称职健康评定。

9 BMA, *Ethical Decision-Making for Doctors in the Armed Forces: a Tool Kit*, London, 2012.

实验性治疗

医务专业人员应认识到临床实践中会遇到病人们无法表达自己的意见或无法自主行动的时期。20世纪的医学史是一部不道德的和滥用医学实验的历史，包括在尝试深入了解疾病自然史和研发新治疗方法的时期。这个问题催生了纽伦堡准则，最终在世界医学协会的推动下形成了《赫尔辛基宣言》。¹⁰在冲突局势中，有很多群体特别容易受到虐待。这些群体包括来自战败部队或战败国的受伤的敌军战斗员与平民。保证他们的权利不被忽视是避免对他们进行不道德的和几乎肯定违法的人体实验的重要一环。

冲突中医疗的性质是，短时间内就会看到许多负伤的病人，他们所受的伤在很大程度上是这场冲突局势的性质所特有的。医务专业人员完全可以开始研制新的治疗方法。战时研制新的治疗方法也要遵循和平时期的路径。确实，实验性治疗要求符合研究的道德规范。对牢固确立且被充分理解的规范进行修改需要深思熟虑，有这种想法的医生应与他的同事们进行讨论，保证这些想法得到充分评估。冲突中的伤员不是实验用的动物；他们是人类，享有其作为人类应有的一切权利，包括愿意参加或拒绝参加研究实验的权利。

有大量关于人体实验的文献，包括关于为研究而取得必要的道德审查许可的方法的文献。简言之，这种方法要求研究者向当地相关的研究道德委员会申请批准。该委员会想要确定的事项包括诸如科学上的合理性、参与者拒绝参与的自由、保密、后续研究和安全。参与研究者本身应认识到当地批准的架构；理解《赫尔辛基宣言》的详细规定是撰写研究报告的最佳起点。应当很容易理解的是，道德规则的目的是防止滥用研究权利，并使公众相信如果他们被请求参加研究，那么该项研究的设计、实施、控制和监督都是适当的。

信任与语言

所有医疗的基础在于病人与医务专业人员，尤其与医生之间的彼此信任。医生相信病人会告知实情、准确地叙述病史并能配合医生的治疗。病人

¹⁰ WMA Declaration of Helsinki, *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, adopted June 1964, last amended October 2008.

相信医生会尽其所能地帮助他们，不会对他们采取基于任何理由的不公正歧视。然而，公正的区别对待不仅符合道德而且还是良好惯例所要求的；这意味着只能根据需要而区别对待。

赢得信任。考虑到许多医生与病人之间的关系建立于医疗急救时，所赢得的信任是一般性的；这种信任无关乎哪个医生和哪个病人，而涉及该病人及其总体上的就诊经历。如果病人曾经有负面的就诊经历，或者病人来自医生总体上还未赢得信任的文化环境，就可能不存在信任。鉴于在许多冲突中，年轻的士兵几乎没有什么就诊的个人经验或者与医务专业人员交流的经验，而且也很可能将医务人员视为他们正在反抗的当权者的一部分，这种情况下就不可能存在信任。

如果病人和医务人员来自冲突中的敌对双方，怀疑以及事实上还有恐惧、胁迫或暴力都会破坏信任。病人和医生之间的交流应理解并直接解决这个问题。

医务专业人员在急诊期间可能发现得花费预期之外的大量时间来解释他们是谁，如何做决定，能提供什么治疗，如何支持病人以及如何帮助病人并使其能够自己做决定。

良好的沟通对于医患关系总是非常重要的。鉴于医生的职责是做诊断并基于其临床经验和关于证据方面的知识提出治疗建议，所以与病人商量治疗方案的能力就显得十分关键。在缺乏固有信任的情况下，沟通变得更困难但又更重要。在有国际部队参与的冲突中，包括所谓的维和，主要的医疗服务提供者都不可能与当地人说同一种语言，而伤员中当地人所占的比例虽不稳定却经常维持在较高的水平。在某些冲突局势中，由于语言不通而导致沟通停滞。虽然翻译可以提供帮助，但他们不可能随时向所有人提供帮助，或者当需要他们时，他们也确实不可能24小时在场。而且翻译主要在远离临床前线的地区工作，而且也很难解释清楚所有具有细微差别的临床信息。

其他战斗员或者在某些情况下的家庭成员、村中长者以及其他他人可能被请求提供翻译协助。但这是很危险的，因为医生既不可能知道翻译的准确性如何，也不能通过与这些人的交谈了解病人是否感到舒服。医生也不能了解这种非正式翻译人员能否传达医生职责的关键之处与细微差别，尤其是医生对于病人决定权的尊重。

例如，如果病人遭到性侵后寻求医疗建议，这种事情在和平时期与冲突时期都很常见，为寻求帮助的人保密就是先决条件。在许多社会中，受害者可能遭到与施暴者一样多的谴责，这种侵害使受害者家庭蒙羞，甚至威胁到他或她的生命。在这种情况下，请求他的家人担任翻译明显不合适。因为其他非正式翻译可能与受害者家庭有关系，或与医务人员不了解的社会环境有关联，他们同样也不可接受。职业翻译应接受培训以了解他们的职责以及确保他们能够翻译必要的医学语言。

未经事先的协议或自由表达的同意就什么都不应该做，本文已经基于这个理念讨论了同意的问题。如果医务人员不能告诉病人诊断结果是什么、医疗方案是什么、治疗与拒绝治疗的结果可能是什么，而后又不能回答病人的问题，那么病人就不会同意。这种情况下实施的治疗可能就是非法的并且构成轻微伤害罪。这当然是不道德。如果只有非正式翻译在场，医生和病人都不知道传递的信息是否准确和完整；不完整或不准确的信息可能破坏信任。

许多交流是非语言性的。这种交流带有强烈的文化和社会特性；一个群体中表示同意或不同意的手势可能无法让另一个群体直接理解。如果这与语言上的困难相加，就会产生严重的误解。

在医务人员要治疗与其语言不通的病人的情况下，应当保证有翻译在场，并尽可能不依赖非正式翻译或家庭成员的帮助。如果只有这种非正式的帮助，就应尝试确保病人对提供帮助的人员表示满意。

攻击医疗机构、医务人员和病人

对医疗机构、医务人员和病人的攻击越发常见，已成为红十字国际委员会“战地救护面临危险”项目研究的议题。¹¹在冲突地区工作的人员必须认识到自己及同事所面临的危险。他们无需不顾危险地继续工作，而应谨记自身和他人的安全。取得当地人的信任和理解会非常有助于避免这些攻击。

11 For more information, see the website of the Health Care in Danger project: www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-health-care-in-danger-project.htm (last visited May 2013).

工作超出其专业能力的军医面临的具体道德挑战

军队内科医生会在各种临床部门承担临床医生的工作。他们也可能在战地工作并承担不是很传统的职责，或者在他们经受训练较少的不在行的领域工作。当对承担的职责准备不足时，尽管经过了研究生以及持续的医学教育，医生还是会经常在道德判断上犯错误。

在传统的临床职责范围内，军医面临着不同于平时常规医疗实践的困境。这些困境包括应对不同的文化期待、信任问题、保密、能力评估和双重义务。还有伤员分类治疗的问题，它因其他因素的介入而变得复杂，诸如病人的病前职责以及在军事医疗部门之外进行治疗的方案。武装冲突期间的工作性质就是这样，可能有些情况下医生感到应给予伤者或病者的必要治疗超出了他或她的能力范围。例如，医生可能是一个优秀的普通外科医生，但是在治疗胸部或头部损伤方面缺乏经验，而他面对的正是这样一位病人。

医生的道德义务是在其能力范围内工作，不应从事或者同意承担其能力范围外的事项，即使在被他人命令的情况下也不应如此。如果自我感觉能力欠缺的医生也认识到病人伤得很重，只有立即治疗才能挽救其生命或者有可能预防严重后果的发生，而他又是唯一在场或能够在合理时限内唯一到达现场的人，那么该医生可能会决定，实施不娴熟的治疗也要好于根本没有治疗，好于还不如该医生的人所实施的治疗。这个决定建立在真实评估什么对病人最好以及何种治疗方案可用的基础之上。病人的健康应该总是医生首先考虑的问题。

如果是常见的外伤，指挥链本来就应提供有专门经验的医生。在特定外伤经常可见的地区工作的人员也应采取合理措施增强他们自身治疗这种外伤的技能。

被拘留人

在武装冲突局势中，医生和其他医务人员会发现他们在为敌方的战斗员和非战斗员提供治疗，出乎意料的是还有可能负责俘虏。在大多数情况下，医生或其他医务人员会在这个区域是因为他或她是技术精湛的战地外科医

生，但可能没有照顾被拘留人的健康所需的混合公共卫生和初级保健护理方面的经验，也没有经过这些方面的培训。

需要牢记的关键因素是因武装冲突而被剥夺自由的人受国际人道法的保护。¹²武装部队中被要求照顾被拘留人的医生应了解他们所承担的国际人道法义务，¹³以及为保护被拘留人而对拘留当局有约束力的规则。

作为病人，这些被拘留人仍享有以符合医疗道德的方式受到医疗照顾的权利；他们同样享有同意权、拒绝治疗的权利、期待保密的权利以及得到合格医师治疗的权利等。

医生应考虑的一个方面是被关押者的公共卫生和预防性保健需求。医生需要细致观察拘留的条件，思考它可能带来什么样的医疗影响。肺结核是世界上的常见疾病。过于拥挤的监狱，尤其是由于潮湿、卫生条件差以及被关押者缺乏营养，已成为病菌快速繁殖并导致交叉感染的温床。医生需要密切关注这些条件，如果他们怀疑某个被关押者可能成为潜在的传染源，就应找到保护其他同住者的方法。

令人遗憾的是，虐待被拘留人的现象相当普遍，因此强烈建议在被拘留人被羁押之后应尽快对其体检并记录任何诸如在进入拘留所之前就已存在的外伤。如果需要医疗援助，不论是治疗外伤还是其他偶然疾病，医生都必须保证及时提供治疗。由医生做这样的检查自然很理想，但在没有医生的情况下，应要求其他医务人员，包括急救员记录被关押者于被拘留时的身体状况。像所有其他体检或治疗一样，被关押者享有拒绝的权利。有时被关押者可能拒绝接受检查。鉴于被关押者与拘留当局之间的信任度不高，被关押者的这种做法是完全可以理解的。在这种情况下，只可以记录在视察中看到的情况，但是医生应抓住机会尝试建立某种信任，尤其应向被关押者解释他的角色不是敌军军官而是只为被关押者的福利和健康着想的医生。

12 在国际性武装冲突中，战俘和平民被拘留人受到《日内瓦第三公约》和《日内瓦第四公约》以及习惯法规则（让-马里·亨克茨与露易丝·多斯瓦尔德-贝克：《习惯国际人道法第一卷——规则》，法律出版社，2007年版，具体为第37章）的保护。在非国际性武装冲突中，因武装冲突被剥夺自由的人受《日内瓦公约》共同第3条和《第二附加议定书》以及可适用的习惯法规则的保护。

13 有关在武装冲突和其他紧急情况下工作的医务人员的责任，更多的信息见红十字国际委员会，前注1。

理想的情况是，每次将被拘留人从一处转移至另一处时，就应对其当前的健康情况进行检查，离开时检查一次，到达目的地时再检查一次以保证其在运送途中未受虐待。所有被拘留人定期进行体检应成为负责拘留设施的医疗官一般职责的一部分。

虐待

医生通常是第一个看到被拘留人或己方部队中脆弱成员被虐待的证据的人。这种痕迹可能难以察觉；被虐待的人经常善于隐藏他们被虐待的痕迹。医务人员也可能不愿去怀疑有虐待发生，尤其如果施虐者是其同事或朋友的话。世界医学协会在《东京宣言》中列举了与拘留和监禁相关的酷刑和其他残忍、不人道和有辱人格的待遇和处罚方面医师的行为准则。¹⁴

在这种情况下，医生必须理解他们的职责并不只是简单地处理这些伤痕和症状，而是进行干预以阻止虐待行为。这既是良好的预防性治疗手段也是一种道德要求。无论何时当一个被拘留人被转移至一个新场所时，都应不时地反复进行体检，既作为一种一般性的健康检查，又作为一项预防虐待的手段。

正如上文所述，就被拘留人而言，医生也必须了解拘留的条件（这可能相当于有辱人格甚或是哦残忍或不人道的待遇）。没有这种了解，他们就不可能知道最有可能是什么伤病，也不能保证所采取的干预措施能降低医疗风险。如果医生不知道被拘留人正关押在一个阴冷潮湿的场所，他或她就可能忽视病人患诸如肺结核等特定疾病的风险。同样，如果医生不了解被拘留人所受到的其他威胁，包括被警卫或同监人员殴打，他或就不可能去寻找并治疗也许还在的外伤。

就故意虐待而言，医生起到关键作用。根据国际人道法和人权法规定，每个人都免于受到酷刑和残忍、不人道和有辱人格的待遇。如果实施了酷刑或虐待（导致严重疼痛或痛苦），医生就很可能看到痕迹：身上的淤青、烧伤

14 《世界医学大会东京宣言》，即与拘留和监禁相关的酷刑和其他残忍、不人道和有辱人格的待遇和处罚方面医师的行为准则，于1975年10月被第29届世界医学大会所采纳，2006年5月，第173届世界医学大会理事会于法国迪沃讷莱班对其进行了最近一次修改。
available at: www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/ (last visited November 2012).

和其他印记，同样还有一些心理创伤。此时，医生必须进行干预，向当地的军事指挥链汇报他们的怀疑，如果虐待仍未即刻停止，就向医疗指挥链报告。这些指挥链中的高级军官有义务禁止酷刑和虐待；医疗指挥链由那些也负有道德义务以确保人道对待被关押者的军官组成。采取这些措施的医生还必须予以保护，使其免受想要抵制这种干预的同事或其他人的攻击。¹⁵

在军队中主要担任战地外科医生、麻醉师和相关专家的医生会觉得担任监狱医生让人感到困惑，这点可以理解。军事医疗指挥机构应该为其提供合适的学习材料以保证他们获得必要的建议。医生应谨记病人和被拘留人的福祉是其首要的道德义务，这有助于保证做出正确的本能行为。

武装冲突中的医务工作无论在临床上还是在道德上给医生带来严峻挑战。谨记病人是最重要的，医生的职责就是友善地照顾病人，这有利于医生始终处于正确的道德轨道上。

结 论

医疗道德是一个商定的道德体系，为医生和其他医务专业人员的自由设定了限制，构成了公众对医生之期待的基础，前者因为健康需求到后者处寻求帮助。这不是一套简单的规则，而是涉及平衡病人个人及社会的权利与义务的需要。执业医师需要考虑每天以及他们所作的每一个决定中存在什么样的道德困境，如何在每个具体的案例中完美地解决它们。

对于道德原则而言，医疗从业人员需要轻松且娴熟地加以运用，并适用他们分析问题。道德原则还需得到那些雇佣及指导医疗从业人员工作的人的理解，他们是最能保证提供良好的条件以适用道德原则的人。医疗从业人员在其整个职业生涯都需接受基于实际临床情况而进行道德分析的培训。接受培训后，他们就有实际的机会与那些能够将局势转变为有利于高标准道德原则适用之局势的人展开对话。

¹⁵ 《世界医学大会汉堡宣言》，即《关于支持医生拒绝参加、容忍或使用虐待或其他形式的残忍、不人道或有辱人格的待遇的宣言》，1997年11月第49届世界医学大会于德国汉堡通过，2007年5月世界医学大会于德国柏林第176次理事会重申。

未经培训的医务人员会陷入实际困难；在晚近有英国介入的伊拉克战争中，负责被拘留人的医生未接受过处理道德义务的培训，也没有被指示接受相关培训或获取政策材料。自那时起，国防部长承诺，保证这类医生经过培训并了解详情，尤其是如果他们要负责被拘留人的话。

鉴于此，正如上文所述，冲突期间很容易弄清道德原则在特定紧张局势中处于什么地位，尤其重要的是那些奔赴冲突地区的医生应认清这种紧张局势并协助适用特定的必要工具。英国医学协会工具箱和红十字国际委员会关于医务人员职责的出版物尤其有价值，¹⁶因而二者都旨在帮助恰好在这些环境中工作的人。应该建议医务人员更广泛地阅读关于医疗道德的文献，并且建议他们仍处于能从别人的建议中获益的局势时，运用道德分析加以实践。

道德保护公众，但道德也保护医生和其他进入医疗行业来帮助他人的医务工作者。道德，首先是医疗实践中人道和关心等要素的基础；它已成为有助于保证为所有人提供高品质治疗的工具。

16 见英国医学协会，前注9；红十字国际委员会，前注1。